Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais	
CPF* CNS – Cartão Nacional de Saúde SINAN Prontuário  Nome Completo do Usuário - Civil*	
None Complete de Osuano - Civil	
Nome Social	
Nome Completo da Mãe (na ausência da mãe, colocar nome do pai ou responsável)*	
Identificação Preferencial do Usuário*  Nome Civil Nome Social  Data de Nascimento* Sexo ao nascimento* Feminino Masculino  Cidade de Nascimento(Cidade/UF)*	
	nalidade* Raça/cor*
O Residente Nenhuma/ Sem educação formal liberda	privada de privada de no momento* im não Pessoa submetida à hemodiálise no momento?* Amarela Parda
○ Não residente ○ De 4 a 7 anos ○ De 12 a mais anos Pesso	em situação de rua momento*
Endereço:	
Bairro CEP	
Cidade de Residência(Cidade/UF)*  E-mail	
Tipo de telefone:  Residencial Comercial Celular  Telefone para contato (DD	+Número) Observações:
Tipo de telefone:  Residencial Comercial Celular  Telefone para contato (DD	+Número) Observações:
Pessoas autorizadas a retirar o medicamento	
Nome Completo da pessoa autorizada 1  CPF ou RG*	
Nome Completo da pessoa autorizada 2  CPF ou RG*	
Nome Completo da pessoa autorizada 3 CPF ou RG*	
Nome Completo da pessoa autorizada 3	
Responsável pelo Preenchimento*  Data://  Data://	
(carimbo e assinatura)	(assinatura)